1995, Vol. 2, N°7, pages 25 à 34 © DIALOGUES

Un nouveau questionnaire, compatible avec la DSM-IV, pour le diagnostic de dépression chez les adultes trisomiques Premiers résultats

***John Roeden*[1]**
***Gurbe Helbig*[2]**
***Frans Zitman*[3]**

L'objectif de la recherche que nous présentons ici a été d'examiner les propriétés psychométriques (fiabilité et validité) et l'utilité d'un questionnaire destiné à mesurer les facteurs dépressifs (DI) chez des personnes handicapées mentales trisomiques. 54 adultes trisomiques ayant un handicap moyen ou profond ont été évalués à l'aide du DI, un instrument basé sur des comportements observables révélant des symptômes de dépression. La validité du DI a été confirmée par le fait que des résultats similaires ont été obtenus au moyen d'autres systèmes de mesure de la dépression. Une première analyse de la fiabilité de l'instrument faite avec un sous-ensemble de population a montré de bons niveaux de fiabilité lors de la répétition de tests par un même évaluateur ainsi que la concordance entre évaluateurs différents.
La question de l'utilité d'un instrument permettant de détecter la dépression chez des personnes handicapées mentales trisomiques sera également posée, notamment en ce qui concerne les personnes ayant de faibles possibilités de communication.

Introduction

On dit que 7 à 12 % des personnes trisomiques souffrent de dépression (Burt et al., 1992, Roeden & Zitman, 1995). Mais il est difficile de connaître l'importance de la dépression dans cette population car l'évaluation des symptômes de dépression est limitée en raison de l'incapacité d'un grand nombre de sujets à réfléchir sur ce qu'ils ressentent et à le communiquer. Ceci est vrai en particulier pour les personnes qui souffrent d'un handicap sévère. Dans ce groupe de population il n'est pas possible d'obtenir des informations fiables à partir du discours des sujets. C'est pourquoi Sovner (1986) a pensé qu'il serait préférable de baser l'évaluation de la dépression sur les seuls symptômes observables. Il a proposé pour cela une série de critères particuliers qu'il a appelés critères de diagnostic de la dépression chez les personnes avec un handicap mental.

La Grille d'Observation Psychopathologique des Adultes avec un Handicap Mental (Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults, PIMRA, Kazdin et al., 1983) fait usage de versions basées sur le discours des personnes et sur le recueil d'informations mais

[1]John M. Roeden, M.D., special educationist and diagnostician, Sterrenberg, institution for mentally retarded people, Huis ter Heide, The Netherlands.
[2] Gurbe M. Helbig, attendant, Sterrenberg, institution for mentally retarded people, Huis ter Heide, the Netherlands and student, Clinical Psychology, University of Utrecht, the Netherlands.
[3] Frans G. Zitman, M.D. ; Ph.D., biological psychiatry, Department of Psychiatry, University Hospital Nijmegen, the Netherlands.
* Adresse pour la correspondance : John Roeden, Top Naeffstraat 2 - 6836 PW Arnhem - The Netherlands.

ces deux versions nécessitent toutes deux que la personne ait des aptitudes à la communication fort bien développées. Le PIMRA n'est pas basé sur des critères de dépression qui soient adaptés aux personnes avec un handicap mental. Par ailleurs il n'aboutit qu'à un seul diagnostic, celui de la dépression majeure.

La grille de mesure du caractère utilisée dans le Questionnaire sur le Caractère pour personnes avec un handicap mental (TVZ en Néerlandais ; Block, 1990) est un instrument de mesure du caractère dans un contexte plus large d'évaluation de la personnalité. Des résultats élevés sur cette échelle sont révélateurs de troubles temporaires ou permanents du caractère. Bien que le TVZ soit un bon instrument de mesure de la personnalité et qu'il puisse donner, dans ce contexte, des informations globales sur l'état d'esprit de la personne, il n'a pas été élaboré en vue de permettre un diagnostic de la dépression clinique.

Les auteurs de ce rapport ont élaboré un questionnaire structuré pour l'observation de la dépression (DI, voir annexe) sur la base des critères proposés par Sovner. Ce système est compatible avec les critères retenus par la DSM-IV pour la dépression majeure et les troubles de l'humeur (APA, 1994). Tous les items sont basés sur des manifestations de dépression observables et peuvent être utilisés quelque soit le degré de handicap mental du sujet.

L'étude que nous présentons ici avait pour objectif de répondre aux deux questions suivantes :

- Quelles sont les propriétés psychométriques (fiabilité et validité) du questionnaire employé pour réaliser cette étude ?
- Quelle est l'utilité du DI en tant que grille d'observation pour l'identification de symptômes de dépression chez les personnes trisomiques ?

Méthode

1. Les sujets

Il s'agit de 54 adultes (29 vivant dans une grande institution, 25 vivant en milieu ordinaire), âgés de 29 à 68 ans pour lesquels les examens cliniques prouvent l'existence d'une trisomie. Fréquemment ces personnes ont aussi des manifestations de démence ou de dépression. Il est difficile de déterminer si un symptôme relève de la démence ou de la dépression. C'est pourquoi les patients démen's ont été exclus de l'étude. La démence a été définie comme une diminution visible du fonctionnement intellectuel, de la mémoire et des facultés d'adaptation.

2. Processus et évaluation

Tous les participants ont été testés à l'aide d'une série complète d'instruments destinés essentiellement à l'évaluation de la dépression et à l'analyse psychométrique du DI.

Diagnostic de la dépression

Le questionnaire (DI) a été utilisé par deux des auteurs (J.R. et G.H.) qui ont l'expérience du diagnostic des troubles mentaux chez les personnes avec un handicap mental. Les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient des soignants connaissant bien les comportements des individus faisant l'objet de l'évaluation. Les questions posées correspondent aux critères de diagnostic de «dépression majeure chez les personnes avec un handicap mental» (critères de la DSM-IV modifiés par Sovner) :

A. Troubles de l'humeur se manifestant par de la tristesse, un retrait ou de l'agitation.

B. Quatre des huit symptômes suivants :

1. pleurs spontanés
2. troubles du sommeil
3. Perte de l'appétit ou perte de poids
4. retard psychomoteur ou inertie catatonique
5. apathie
6. anxiété
7. début ou aggravation de comportements d'auto-mutilation
8. perte de l'aptitude à accomplir les actes de la vie quotidienne.

Le diagnostic de troubles de l'humeur est posé lorsqu'un des symptômes est soit la tristesse, soit le retrait ou l'agitation et lorsqu'au moins deux des symptômes listés en B sont observés.

Chaque symptôme est représenté par un item du questionnaire. Les items sont gradués sur une échelle à trois niveaux allant de zéro à deux qui exprime le degré de gravité ou la fréquence des comportements en question. Plus le score total est élevé plus la dépression est grave. Le symptôme est considéré comme étant présent lorsqu'il est évalué de un à deux. Le questionnaire comprend un mode d'emploi consistant en une série de recommandations et un manuel contenant des directives détaillées pour faire remplir le questionnaire et pour effectuer les mesures.

La grille d'observation de l'humeur du TVZ. (abréviation néerlandaise pour le Questionnaire sur le Caractère pour les Personnes avec un Handicap Mental, Block 1990).

Cette grille d'observation est constituée de 8 items à remplir par les soignants. Des normes différentes sont indiquées pour l'interprétation du score total selon la gravité du handicap (moyen ou profond) et selon les groupes d'âge. Les scores les plus élevés correspondent à une plus grande gravité des troubles de l'humeur.

La sous-grille pour la dépression du PIMRA

Les participants ont tous subi le test selon le mode de collecte de données du PIMRA, Grille d'Observation Psychopathologique des Adultes avec un Handicap Mental (Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults, PIMRA, Kazdin, Matson et Senatore 1983). Le test est subdivisé en 8 grilles de mesure de huit psychopathologies, y compris les troubles affectifs. A chaque item les membres de l'équipe peuvent répondre par oui ou par non. Les patients sont considérés comme souffrant de dépression majeure lorsque les réponses concernant les troubles affectifs indiquent la présence de tristesse et de quatre ou plus des autres symptômes retenus comme critères. Plus le score total est élevé, plus la dépression est importante.

Age mental

L'âge mental a été évalué selon le test d'adaptation du comportement de Vineland (VABS, version pour questionnaire ; Sparrow et al., 1984). La version pour questionnaire de cet outil est un questionnaire semi directif. Il est rempli par les soignants qui connaissent bien les comportements des patients à évaluer. On peut considérer que l'âge mental estimé sur la base du degré d'adaptation du fonctionnement est le meilleur moyen d'évaluer l'intelligence globale de personnes avec un handicap mental profond (Maloney & Ward, 1979). Les scores bruts de six sous-tests (perception, expression verbale et langage écrit, aptitudes dans la vie quotidienne concernant la vie personnelle, habitat et vie en société) ont été transposés en âge mental. La médiane des âges mentaux obtenus dans les sous-tests a été considérée comme une indication de l'âge mental de la personne.

Niveau de communication

Les niveaux de communication ont été évalués à l'aide des tests de comportement adaptatif de Vineland (VABS). Les scores séparés obtenus sur trois différents sous-tests (perception du langage : «ce que la personne comprend», expression verbale : «ce que la personne dit», langage écrit : «ce que la personne lit et écrit») ont été notés. Le total de ces trois sous-scores peut être transposé en âge mental équivalent.

3. Mesures psychométriques

La validité des critères sera évaluée en comparant les scores obtenus au DI à ceux obtenus au sous-test du caractère du TVZ et à ceux du sous-test portant sur les troubles affectifs du PIMRA.

Deux types de fiabilité sont envisagés dans notre étude : la fiabilité constatée dans la répéti-

tion des tests avec un même évaluateur et la fiabilité constatée en comparant les résultats obtenus avec des évaluateurs différents. Les soignants d'un échantillon représentatif de 15 sujets ont été interrogés deux fois par la même personne afin d'obtenir les cœfficients de répétition du test. L'intervalle entre les deux tests était de trois semaines.

Pour obtenir les cœfficients de fiabilité quel que soit l'évaluateur, les soignants ont également été interrogés deux fois, mais par deux personnes différentes. Tout ceci a été fait dans l'intervalle de trois semaines.

4. Analyse statistique

La validité du DI sera estimée à l'aide des évaluations suivantes :

1. Calcul des corrélations (C-Tau de Kendall) entre les scores totaux du DI et les scores totaux du TVZ et entre les scores totaux du DI et les scores totaux du PIMRA.

2. Concordance entre le diagnostic DI et le diagnostic PIMRA.

3. Comparaison des patients identifiés comme étant déprimés ou non déprimés à partir des scores totaux obtenus au DI, au TVZ et au PIMRA.

Différents calculs portant sur la fiabilité du DI seront effectués :

1. calcul de la concordance lors de la répétition de tests (Kappa de Cohen).

2. calcul de la fiabilité quels que soient les évaluateurs (Kappa de Cohen des scores totaux du DI).

3. concordance des diagnostics entre les évaluateurs.

Des procédés statistiques non paramétriques (test de Mann-Whitney et statistiques de corrélation de Kendall-Tau) ont été employés parce que toutes les répartitions des scores de dépression se sont avérées être anormales. On a employé des valeurs de $p < 0.05$ pour l'analyse des résultats statistiques. Des valeurs au Kappa de Cohen de 0.60 et au-dessus ont été considérées comme «bonnes» (van den Brink, 1989).

Résultats

1. Première analyse

L'âge chronologique moyen de la population étudiée était de 47.8 ± 10.1 ans.

Les sujets avaient un handicap mental moyen ou profond (âge mental moyen : 46.7 ± 21.2 mois). Les niveaux de communication semblent être plus bas que les aptitudes mentales (âge moyen de communication : 32.5 ± 18.9 mois).

2. Les symptômes de dépression

Chez trois patients il a été diagnostiqué une dépression majeure selon les critères précisés dans le DI. Des troubles de l'humeur ont été diagnostiqués dans cinq cas. Le tableau 1 (Voir page 29) donne la liste des symptômes présentés par ces sujets.

On observe que chez tous les patients dépressifs la tendance au retrait social accompagne toujours la dépression. On remarque ensuite alternativement de l'agitation, de l'irritabilité parfois importante et s'exprimant par de l'agressivité et des accès de colère. Les patients qui souffrent de dépression majeure ont en outre des symptômes touchant le système neuro-vegétatif tels que des troubles du sommeil, de l'appétit ou de l'énergie. Tous les symptômes spécifiés dans le DI, sauf l'auto-mutilation, ont été notés au moins une fois.

3. Validité

Validité des critères : Le calcul de Kendall Tau-c est une mesure de l'association de deux variables. Les corrélations entre toutes les mesures ont été établies par ordinateur. Le Tableau 2 (Voir page 29) montre les relations établies entre les scores totaux du TVZ (test du caractère), les scores totaux obtenus au PIMRA (sous-test de l'affectivité) et les scores totaux obtenus au DI.

Tableau 1 : Symptômes de troubles dysthémiques et de dépression importante diagnostiqués chez des adultes trisomiques (8 sujets dans un groupe de 54) au moyen du questionnaire sur la dépression

Cas/Age/Sexe	Diagnostic	Symptômes de comportement
1 Age 55 Féminin	Dépression majeure	Tristesse, agitation, retrait, troubles du sommeil, perte de poids, anxiété, apathie
2 Age 40 Féminin	Dépression majeure	Tristesse, retrait, pleurs, retard psycho-moteur, apathie, perte d'activité dans la vie quotidienne
3 Age 46 Féminin	Dépression majeure	Tristesse, retrait, agitation, pleurs, perte d'appétit, apathie, perte d'activité dans la vie quotidienne
4 Age 55 Masculin	Troubles de l'humeur	Tristesse, retrait, agitation, pleurs, apathie
5 Age 45 Masculin	Troubles de l'humeur	Tristesse, retrait, agitation, troubles du sommeil, perte d'activité dans la vie quotidienne
6 Age 39 Féminin	Troubles de l'humeur	Tristesse, retrait, perte d'appétit, anxiété
7 Age 65 Féminin	Troubles de l'humeur	Tristesse, retrait, pleurs, anxiété
8 Age 67 Féminin	Troubles de l'humeur	Tristesse, retrait, agitation, pleurs, apathie

Tableau 2 : Corrélations (Kendall Tau-c) et niveaux de valeur (p) entre les scores totaux au DI, les scores totaux au PIMRA et les scores totaux au TVZ.

Mesure	DI	PIMRA
DI	-	
PIMRA	0,57*	-
TVZ	0,44*	0,32*

* P < 0.05

Il y a une nette relation positive entre le DI et le PIMRA ainsi qu'une relation positive entre le DI et le TVZ.

Afin d'examiner plus avant la validité du DI les sujets ont été répartis en deux groupes selon que leurs résultats au DI indiquaient la présence de symptômes de dépression ou non. Les moyennes obtenues par les patients dépressifs ou non-dépressifs pour chacune des mesures sont données au tableau 3 (voir page 30).

Tableau 3 : Moyennes des mesures de dépression pour les sujets répartis en groupe de diagnostic selon le DI.

Mesure	Dépression	Pas de Dépression
Questionnaire pour la dépression (DI)	7.1 ± 2.0	2.0 ± 1.6
PIMRA Grille de l'affectivité	3.4 ± 2.4	0.5 ± 0.7
TVZ Sous-test du caractère	7.6 ± 2.8	4.5 ± 2.0

Les résultats obtenus par les patients dépressifs au PIMRA sont nettement plus élevés que ceux des patients non-dépressifs (U Mann-Whitney = 18.5 ; $p < 0.05$) ; il en est de même pour les scores obtenus au TVZ (U Mann-Whitney = 53.0 ; $p < 0.05$). Dans l'ensemble, les résultats montrent que les patients qui souffrent de dépression, diagnostiqués au moyen du DI, obtiennent également des scores élevés avec les autres instruments de mesure (PIMRA et TVZ).

Concordance entre le diagnostic PIMRA et le diagnostic DI

Trois sujets ont été diagnostiqués comme souffrant de dépression majeure à partir des résultats du DI. Pour deux d'entre eux le PIMRA avait également donné un diagnostic de dépression majeure. Les deux patients qui avaient eu le même diagnostic de dépression majeure au DI et au PIMRA étaient des personnes avec un handicap mental moyen et avaient un assez bon niveau de communication. Le patient avec une dépression majeure diagnostiquée seulement au DI avait un handicap profond avec un faible niveau de communication.

4. Fiabilité

On a évalué différents aspects de fiabilité du DI. On a calculé le cœfficient de relation de la répétition de tests en effectuant 15 interrogations deux fois avec le même évaluateur dans l'espace de trois semaines. On a calculé le cœfficient de fiabilité inter-évaluateur en effectuant 15 interrogations deux fois avec des évaluateurs différents. L'échantillon était composé de sujets présentant les mêmes caractéristiques que la population étudiée (âge chronologique moyen : 49.4 ± 9.2 ans ; âge mental moyen : 46.7 ± 17 mois).

Relation de répétition de test. Le Kappa de Cohen a été calculé par ordinateur pour chaque paire de résultats de DI (n = 15) obtenus lors des deux interrogations séparées par un intervalle de trois semaines. La valeur la plus basse qui ait été trouvée est K = 0.45. La valeur la plus haute était K = 0.86. Le Kappa moyen de tous les tests était 0.66.

Fiabilité inter-évaluateurs. Le Kappa a été calculé par ordinateur pour chaque paire de résultats de DI (n = 15) obtenus à partir de deux évaluateurs successifs. La valeur la plus faible du Kappa a été K = 0.59. La valeur la plus élevée a été K = 0.86. Le Kappa moyen calculé sur la base de tous les DI effectués a été 0.69.

Correspondance des diagnostics DI entre deux évaluateurs. Il y avait 93 % de diagnostics correspondants entre deux évaluateurs. Dans 12 cas aucun diagnostic n'a été posé par aucun des deux évaluateurs. Dans deux cas les deux évaluateurs ont estimé être en présence de dépression majeure. Dans un cas une dépression majeure a été diagnostiquée par un évaluateur alors que l'autre posait un diagnostic de trouble de l'humeur.

Discussion

Au cours de cette première étude on a évalué certains aspects psychométriques d'un nouveau système de questionnaire sur la dépression (DI)

basé sur les critères de la DSM-IV pour des personnes trisomiques non démentes. La fiabilité à la répétition de test et la fiabilité entre évaluateurs ainsi que la concordance de validité des résultats sont satisfaisantes. Cette première étude de DI a porté sur un faible nombre de sujets. Ceci est particulièrement vrai pour l'évaluation de la fiabilité. En outre on n'a étudié ni la logique interne ni la structure des éléments utilisés. Néanmoins, les résultats présentés dans cet article sont suffisamment prometteurs pour que d'autres études sur les propriétés psychométriques et l'utilité du DI soient faites portant sur un plus grand nombre de sujets et sur d'autres groupes de personnes avec un handicap mental.

Les limites des outils de mesure actuellement existants pour les troubles dépressifs ont été mentionnées dans l'introduction. Les données présentées dans notre article permettent de penser que ces limites peuvent être dépassées grâce au DI. On a pu montrer que, contrairement au PIMRA, le DI est utile également pour le diagnostic des troubles de l'humeur chez les personnes avec un handicap profond et ayant un faible niveau de communication. Contrairement au TVZ, le DI ne donne pas une mesure globale des troubles du caractère, mais permet un diagnostic psychiatrique.

Dans la pratique clinique de même que pour la recherche en psychopathologie concernant les sujets trisomiques il existe un vide en ce qui concerne les outils d'évaluation des troubles psychiatriques quel que soit le degré de handicap mental et le niveau de communication. A notre avis le DI peut servir à combler ce vide.

Texte traduit de l'Anglais
Reçu le 20/04/95
Accepté le 30/06/95

Références

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Third edition, Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1984). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth edition, Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Blok, J.B., Van den Berg & Feij, J.A. (1990). Temperaments-schaal voor Zwakzinnigen (TVZ). Handleiging. Lisse : Swets & Zeitlinger.
- Brink, W. Van den (1989). Meten van DSM-III persoonlijkheids pathologie ; Betrouwbaarheid en validiteit van de SIDP-R en as II van de DSM III. Proefschrift, Rijksuniversiteit, Groningen, 1989.
- Burt, D.B., Loveland, K.A. & Lewis, K.R. (1992). Depression and the onset of dementia in adults with mental retardation syndrome. American Journal of Mental Deficiency, 96, 502-511.
- Kazdin, A.E., Matson, J. & Senatore, V. (1983). Assessment of depression in mentally retarded adults. American Journal of Psychiatry, 140, 1040-1043.
- Kendall, M.G. (1970). Rank correlation methods (fourth edition), London, Griffin.
- Maloney, M.P. & Ward, M.P. (1979). Mental retardation and modern society. Oxford University Press, New York.
- Roeden, J.M., Zitman, F.G. (1995). Ageing in adults wih Down syndrome in institutionally-based and community-based residences. Journal of Intellectual Disability Research, 39, in press.
- Sovner, R. (1986). Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally retarded persons. Psychopharmacology Bulletin, 22, 1055-1059.
- Sparrow, S.S., Balla, D.A. & Cichetti, D.V. (1984). Vineland adaptive behaviour scales. Lisse, Swets en Zeitlinger.

Annexe

Le questionnaire pour la dépression DI

Cette annexe ne contient que le formulaire du DI avec des indications sommaires. Pour faire une investigation convenable et une évaluation correcte il sera nécessaire de se référer au manuel qui comprend un mode d'emploi détaillé.

Critères A

Tristesse

Manifestation de tristesse

Description : manifestation de tristesse sous forme de visage triste/visage affligé, lassitude, tête baissée.

0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine)
1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour
2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour

Retrait

retrait de tout contact social

Description : retrait de tout contact social sous forme de refus de participer à des activités sociales, la personne se réfugie dans sa chambre, peu de contact par le regard.

0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine)
1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour
2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour

Agitation

Manifestation d'agitation

Description : manifestation d'agitation sous forme d'agressivité envers les autres, d'accès de colère, d'irritabilité, de mauvaise humeur, nervosité (la personne ne peut pas rester tranquille, marche sans cesse).

0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine)
1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour
2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour.

Critères B

Pleurs spontanés	Pleurs spontanés ou plaintes Description : pleurer avec des larmes ou avoir les larmes aux yeux ou se lamenter avec des sons plaintifs. 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour 2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour.
Troubles du sommeil	Troubles du sommeil Description : troubles du sommeil : insomnie initiale, réveil en plein sommeil, réveil tôt le matin. 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par nuit 2 = comportement observé presque toutes les nuits ou toutes les nuits, pendant au moins une heure par nuit.
Perte d'appétit ou de poids	Petit appétit, perte de poids Description : petit appétit, perte d'appétit (il faut inciter la personne à manger) renvois, perte de poids 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine 2 = comportement presque quotidien ou quotidien. ET/OU perte de poids (plus de 5 % du poids initial)
Retard psychomoteur	Troubles psychomoteurs Description : retard psychomoteur : mouvements lents, élocution lente 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour 2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour ET/OU inertie (incapacité de bouger)

Apathie	Manifestation d'apathie Description : manifestation d'apathie : intérêt réduit et peu de plaisir pour presque toutes les activités ou toutes les activités. 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant presque toute la journée 2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant presque toute la journée
Anxiété	Manifestation d'anxiété Description : manifestation d'anxiété : sous forme de tension, de crises de panique, de respiration accélérée, de sueur, de pâleur, de tremblements, de vertige, de blocage 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine pendant au moins une heure par jour 2 = comportement presque quotidien ou quotidien, pendant au moins une heure par jour
Auto-agressivité	Comportement d'auto-agressivité Description : comportement d'auto-agressivité : se blesser soi-même en se griffant, en se pinçant, en se mordant, en se frappant violemment. 0 = comportement rare ou inexistant (moins d'une fois par semaine) 1 = comportement observé 1, 2 ou 3 jours par semaine 2 = comportement presque quotidien ou quotidien
Perte des aptitudes dans la vie quotidienne	Perte des aptitudes dans la vie quotidienne Description : perte des aptitudes antérieures : 1. manger et boire, 2. s'habiller et se déshabiller, 3. se laver et se baigner, 4 faire sa toilette 0 = pas de perte 1 = perte d'1 ou 2 aptitudes 2 = perte de 3 ou 4 aptitudes